2.



OBSERVATIONS

SUR LES

RESTAURATIONS DE LA FACE

A PROPOS

D'UN CAS DE CANCROÏDE A BASE DE LUPUS

PAR LE

Dr CH. AUFFRET

Médecin en chef de la Marine
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de Brest
Membre correspondant de la Société anatomique de Paris, etc., etc.

AVEC FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1888

OBSERVATIONS SUR LES RESTAURATIONS DE LA FACE

A PROPOS D'UN CAS DE CANCROÏDE A BASE DE LUPUS

PAR LE Dr C. AUFFRET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A BREST

Les réparations du visage sont souvent l'objet des méditations du chirurgien : l'opportunité opératoire, le procédé, l'imprévu dans les mesures à prendre, le succès discutable que l'on poursuit, sont autant de points qui éveillent son attention, qui le préoccupent, avec d'autant plus de raison qu'il se trouve en présence d'altérations plus étendues et plus rebelles.

Un cas ancien, datant de plus de huit ans, de lupus profondément ulcéré de la tempe, des paupières et de la conjonctive bulbaire, qui, pendant ce temps, s'était montré rebelle à tous les traitements, a été le point de départ de ce Mémoire.

Je n'ai pas l'intention de faire un travail complet sur les restaurations de la face. Ce sujet a été souvent traité : il ne serait ni intéressant ni nouveau de le redire ici dans ses détails; mais nous remarquerons qu'il s'agit d'une opération journalière, qui s'impose à tout instant dans la pratique, et dont les applications multiples n'ont pas été toujours bien définies. Faut-il, ou non, intervenir en toute circonstance avec l'instrument tranchant? Est-il indifférent de se contenter de l'excision, d'avoir recours à l'autoplastie, à la greffe.... ou doit-on parfois préférer les caustiques, et quand le doit-on? Malgré des rechutes souvent inopérables à la suite de lésions qui, d'autres fois, sont opérées sans récidives, doit-on agir quand même et mettre toujours son instrument au service de qui le réclame?

Tels sont les points de pratique souvent traités isolément, mais qu'il ne sera peut-être pas inutile de réunir ici pour les lecteurs des *Archives*.

Nous limiterons notre travail.

Nous ne parlerons point des difformités congénitales. Nous ne dirons rien non plus de ces horribles mutilations du visage

qui dans des temps moins civilisés mirent à contribution l'adresse et l'ingéniosité du chirurgien : d'autres causes produisent du reste les mêmes effets, et, par conséquent, exigent les mêmes moyens.

Il me semble qu'en face de tous ces agents actifs à détruire qui mettent le talent du réparateur à l'épreuve, qu'il s'agisse de lésions traumatiques quelles qu'elles soient, plaies nettes ou lacéro-contuses par instrument tranchant, contondant, par armes à feu, ou bien consécutives à des brûlures; qu'il s'agisse de plaies tuberculeuses ou ulcéreuses d'origine strumeuse ou syphilitique :

1° Ou l'on est en présence d'une « cicatrice vicieuse »;

2° Ou l'on est en face d'une « solution de continuité des tissus (d'origine traumatique, ou de nature spécifique....) »

I. — La *cicatrice vicieuse* peut commander une réparation pour divers motifs plus ou moins impérieux.

Ou elle crée simplement une difformité ridicule : les traits sont déviés, l'harmonie du visage est détruite et c'est un peu par complaisance que le chirurgien mettra son adresse au service de la correction d'une déformation qui n'attente en rien aux fonctions des organes;

Ou bien elle crée une infirmité, une gêne permanente à l'accomplissement d'une importante fonction : elle rétrécit les narines et gêne la respiration, ou elle entretient un écoulement permanent de mucus nasal, des larmes, de la salive.... Dans ce cas, l'intervention n'est plus une affaire de luxe, elle devient une nécessité, sans toutefois que l'abstention compromette sérieusement l'existence.

C'est là que le chirurgien recueille les plus heureux succès, car il n'est pas de malades plus reconnaissants que ceux auxquels vous avez enlevé une difformité apparente ou une gêne de tous les instants; la vie semble moindre à celui auquel on vient de la rendre, et nous croyons à la reconnaissance dont Blandin fut l'objet pour avoir corrigé un nez exubérant.

Ajoutons aussi que c'est dans ces cas qu'il obtiendra les succès les plus sûrs, et c'est ce dont, avant tout, il doit s'inquiéter. Nous y reviendrons.

II. — *On est en présence d'une solution de continuité des tissus*. Nous observons deux cas.

a. La solution de continuité est récente et d'origine trau-

matique. — Corriger la direction de lambeaux irréguliers ou déviés, surveiller de près le travail réparateur par des pansements intelligents, adaptés à la nature de la lésion, tel sera le rôle du chirurgien, et il évitera ainsi, le plus ordinairement, les accidents de la cicatrice vicieuse et leurs conséquences fâcheuses. L'insouciance du malade est l'agent responsable d'une grande partie de ces déformations consécutives. Cependant brûlures et plaies d'armes à feu entraînent quelquefois des dégâts tels que toute précaution prise est insuffisante pour en empêcher les mauvais effets.

Nous croyons, en tout cas, que dans les plaies du visage par armes à feu, on ne peut sérieusement songer à une restauration avant que le travail réparateur de la nature soit terminé et que la cicatrice soit établie et suffisamment rétractée. Toute intervention avant cette époque ne peut avoir pour but que de diriger ce travail cicatriciel. Toute autre manœuvre exposerait à altérer des tissus contus ou meurtris et, partant, condamnés d'avance à des restaurations qui, par cela même, seraient compromises.

b. La solution de continuité des tissus est ancienne, elle est de nature spécifique : elle est syphilitique ; ou elle est cancéreuse, scrofuleuse.

Il faut d'abord établir la nature de l'ulcère : car s'il n'est pas d'altération à commander plus fréquemment la réparation de la face, il n'en est pas aussi à entraîner plus de déconvenues.

L'ulcère est de nature syphilitique. — On n'y portera le scalpel que quand les traitements bien complets auront été suivis, mais on n'attendra pas toujours que les plaies soient réparées, car il en est qui seraient pour ainsi dire incurables si une intervention n'y portait remède.

C'est un cancroïde ou un lupus. — Si, jusqu'à présent, avant de songer à une restauration chirurgicale nous avons établi en principe la nécessité de la cicatrisation des plaies, sauf quelques cas rares de syphilis, nous nous trouvons au contraire ici en présence d'ulcères qui réclament une ablation rapide, précoce, si l'on veut en enrayer la marche. Ces ulcérations, nous les opérons constamment, un peu trop peut-être : je veux parler des interventions auxquelles donne lieu le cancroïde de la face. Dans ce cas, si l'on est sûr du diagnostic, pas d'hésita-

tions; on agit de bonne heure, convaincu que l'on est que les chances de réussite augmenteront avec la promptitude de l'exécution.

Mais nous insistons sur cette nécessité, car nous avons une autre affection ulcéreuse voisine, le lupus tuberculeux à forme ulcéreuse, qui n'est pas toujours facile à reconnaître. Il arrive même chez certains malades que les affections se greffent l'une sur l'autre, ce qui augmente encore la difficulté. Et comme l'action opératoire, l'ablation par l'instrument tranchant, n'est pas de pratique courante dans cette dernière affection, et qu'il y a même des circonstances où l'opération serait complètement contre-indiquée, on comprend toute l'importance qu'il y a à les différencier.

Nous n'avons pas eu la prétention, dans ce qui précède, d'envisager tous les cas qui peuvent entraîner la réparation de la face, mais seulement d'indiquer les principales altérations qui peuvent la nécessiter. Nous allons actuellement étudier d'une manière successive chaque groupe, en nous appuyant sur quelques exemples pris dans notre pratique.

I. — DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES CAS DE CICATRICES VICIEUSES.

Nous parlerons d'abord des réparations qu'entraînent les cicatrices vicieuses, quelles qu'en soient les causes.

Une plaie existe : un travail réparateur va commencer aussitôt en vertu duquel il va se former un pont pour combler la lacune : c'est du tissu cicatriciel. Ce tissu sera d'autant plus épais et abondant et par conséquent d'autant plus difforme que la brèche était plus profonde et, par conséquent, que la suppuration a été plus prolongée.

Il faut en effet se rendre compte de la manière dont se forme ce tissu nouveau. Tous les corpuscules plasmatiques de tissu conjonctif, doués d'une extrême suractivité, ont donné naissance à des éléments cellulaires complets, qui, par suite de leurs anastomoses réciproques, ont formé un tissu bientôt parcouru par des vaisseaux de nouvelle formation : telle est la première phase de constitution de la cicatrice.

Ces éléments ont subi ensuite un travail de régression, ou

peut-être mieux de transformation, et donné lieu, ainsi, à un tissu plus dense, feutré, dans lequel l'élément fibreux a prédominé, mais dans lequel, par contre, l'élément nucléaire et le suc interposé ont diminué; les vaisseaux nouveaux s'atrophient, tous ces phénomènes contribuant, de proche en proche, à la rétractilité cicatricielle et, par cela même, exagérant la difformité. Il est difficile, pour un tissu donné, de fixer la durée de ce travail; en tout cas l'opération ne doit pas être entreprise avant qu'il soit achevé. Il est même vrai d'ajouter que la rétraction diminuera avec le temps, et ce phénomène atténuera en même temps, un peu, la traction qu'elle exerce, donnera un peu de mou dans les liens, mais jamais assez pour corriger la déformation ni les infirmités qui en sont les conséquences. Que sera-ce s'il s'agit de brides cicatricielles étendues, décolorées et hypertrophiées?

Il est donc entendu que, pour être dans de bonnes conditions, la restauration ne devra s'entreprendre que dans une période de six mois à une année après le début de l'accident.

D'autre part, l'opération devra enlever tous les tissus cicatriciels qui sont la cause du mal, mais sans en dépasser les limites; il serait inutile de retrancher toute l'épaisseur des parties si la moitié seulement prend part à la difformité : généralement c'est le derme qui est le siège du mal; pourquoi donc irait-on s'en prendre aux couches sous-jacentes, à la muqueuse, etc.?

Enfin, l'on doit toujours rechercher la cicatrisation par première intention, car si la guérison ne se fait pas rapidement, si la nouvelle plaie suppure, il faut reconnaître que l'intervention n'aura guère de raison d'être. Quant aux moyens auxquels on doit s'adresser,— la section ou l'excision des brides dans les cas simples, l'ablation de la bride cicatricielle avec autoplastie dans les cas plus graves, — ils sont employés sans qu'il nous soit possible ici d'en prévoir les applications. Le chirurgien optera pour tel ou tel procédé, suivant le cas.

Toutes les fois que le tissu cicatriciel est mince, luisant, adhérent aux couches sous-jacentes, il sera impitoyablement rejeté de la réparation; son peu de vascularité et d'extensibilité le rend impropre à la confection des lambeaux réparateurs.

Voici quelques exemples à l'appui de ce qui précède.

Observ. I. — Dans une rixe, le matelot M... reçoit un coup de pied qui lui fend profondément la lèvre supérieure; c'est un bec de lièvre artificiel qu'il faut aussitôt recoudre.

Mais le blessé qui était en permission a négligé de se montrer à un médecin; les lambeaux suppurent et tendent à se cicatriser séparément. Il ne peut y avoir désormais guérison que si, comme dans le bec de lièvre naturel, l'on avive les deux surfaces avec points de suture bien fixés. A cette petite opération succède, en peu de jours, une guérison radicale sans difformité apparente.

Observ. II. — Le sergent Morel, second maître canonnier du *Bayard*, l'un des héros de Kélung, où il a été mis à l'ordre du jour pour sa belle conduite, a à lutter seul contre un groupe de Chinois. Il en tue cinq de sa main, mais reçoit trois coups de feu.

La première balle lui a emporté une portion de l'aile gauche du nez, mais sans difformité consécutive de la cicatrice. Un deuxième coup de feu à l'épaule droite le renverse : il se relève et reçoit une troisième balle qui lui déchire les deux lèvres avec large perte de substance de toute la région mentonnière droite, la plaie se prolonge jusqu'à l'os hyoïde. M. le médecin d'escadre Doué lui prodigue ses soins et le guérit. Je vois le blessé un an après. Dans ce laps de temps, le tissu inodulaire de la lèvre et du menton s'est rétracté : une bride cicatricielle accrochant le bord libre de la lèvre inférieure, à droite au bord du menton, met à nu l'arcade dentaire de ce côté, le défigure et entretient jour et nuit un écoulement de la salive. Morel qui, sans cette difformité doublement gênante, aurait les traits très réguliers, réclame avec instance une opération. Je ne songe même pas à la section de cette large bride cicatricielle, section qui ne remédierait à rien. Par deux coups de scapel en biseau je pratique l'excision d'un grand angle dièdre de 0m,03 de largeur sur 0m,05 de hauteur, sans intéresser le plan muqueux buccal qui est sain et dont la conservation donnera une excellente doublure à la réunion. Je décolle légèrement le bord libre de la lèvre des deux côtés et j'affronte exactement les surfaces en les faisant glisser l'une vers l'autre, de façon à éviter le plus possible la dépression du bord libre. Cinq points de suture fixent les surfaces affrontées.

Malgré les rires intempestifs et difficiles à réprimer de l'opéré qui ne peut retenir sa joie de la réparation dont il a été l'objet, le tout se réunit par première intention, et Morel quitte l'hôpital dix jours après, content et guéri.

Observ. III. — Le fourrier B... a eu la paupière inférieure fendue par une pierre tranchante. La section était nette, dit le blessé, mais n'a pas été cousue en temps opportun; une bride cicatricielle accroche la paupière inférieure et la fixe à la joue; il y a ectropion très prononcé et écoulement permanent des larmes. Le procédé de Dieffenbach précédé d'une excision de la cicatrice, glissement d'un lambeau qui lui est appliqué, guérit à la fois rapidement et l'écoulement des larmes et la difformité.

Voilà trois cas guéris par l'avivement, l'excision simple et l'excision avec autoplastie.

Nous ne les multiplierons pas : nous avons voulu seulement rappeler par des exemples que cette chirurgie réparatrice, s'adressant à des tissus sains, guérit à coup sûr, et qu'elle donne autant de succès que d'opérations quand elle est appliquée avec opportunité.

C'est encore dans les mêmes conditions que M. Polaillon restaure complètement et avec succès l'aile droite du nez, chez un homme de 54 ans qui avait été blessé quelques années avant. (Bulletin de la Société de chirurgie, 1884.)

II. — DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES ULCÈRES DU VISAGE.

a. Nous avons dit plus haut : On ne se servira du scalpel contre l'ulcère syphilitique du visage que quand les traitements indiqués auront été complètement suivis, que les plaies seront cicatrisées ou en voie de l'être. Mais du jour où l'on sera en présence de traitements antisyphilitiques suivis de cicatrices difformes consécutives à ces accidents, ou d'ulcérations incurables, le cas rentrera dans la catégorie précédente et les principes que nous avons posés leur seront applicables.

En voici des exemples :

M. X.... entre à l'Hôpital maritime de Brest, dans la salle des officiers, pour un ulcère du visage de nature syphilitique à marche tellement rapide qu'en quelques jours le nez est compromis. Un traitement mixte aussitôt entrepris enraye assez à temps les accidents pour arrêter une horrible déformation.

Qui donc aurait songé à intervenir directement en semblable occurrence ? S'il y avait jamais à porter remède à la déformation, ce ne pourrait être que quand on aurait la certitude que les accidents spécifiques ne sont plus à craindre.

C'est ce qui arriva dans le cas suivant :

Le sieur R... a longtemps été traité à l'Hôpital maritime pour une syphilide ulcéreuse qui lui a rongé le visage et l'a défiguré. Après un traitement bien institué et des cautérisations fréquentes au Paquelin pendant plus d'une année, il guérit mais avec une déformation des traits : perte complète du nez (le malade étant obligé de porter un nez artificiel), rétrécisse-

ment des narines, déviation de la bouche. M. le docteur Maréchal, à l'aide d'incisions bien combinées, faites en trois fois, rectifie ce visage hideux. Ultérieurement M. le professeur Simon Duplay, à l'hôpital de Lariboisière, retouche une quatrième fois le sieur R..., au niveau de la commissure labiale, à droite. En définitive, la physionomie reprend une allure humaine. Ces restaurations demandent de l'ingéniosité, de l'à-propos, quelquefois une véritable audace; mais quand les traitements préalables ont été bien suivis, ils donnent des succès durables : c'est de la bonne chirurgie réparatrice suivie d'excellents résultats. Ces cas, comme on le voit, quoique appartenant à la deuxième catégorie de notre classement, rentrent pour l'intervention dans la première, et nous pensons en avoir assez parlé, car après un traitement bien fait, tout ce que nous en avons dit plus haut leur est applicable.

b. J'arrive maintenant aux ulcères incurables et aux réparations qu'ils nécessitent.

La plus commune de ces affections est le cancer épithélial, appelé vulgairement cancroïde et histologiquement épithélioma.

C'est une altération fréquente de la face, constituée le plus souvent par des masses d'épithélium pavimenteux stratifié noyées dans un stroma conjonctif ou embryonnaire vascularisé. Ces tumeurs affectent ordinairement la forme lobulée, parce que l'épithélium des culs-de-sac interpapillaires de la peau pénètre dans le derme, formant des bourgeons épithéliaux qui s'étranglent et prennent une disposition lobulée.

Ces tumeurs sont extrêmement sujettes à la propagation et à l'extension rapides par néoformation cellulaire et par la multiplication des éléments qui les composent, mais aussi à l'ulcération par désagrégation ou par destruction des cellules épithéliales. Les néoformations donnent naissance à des bourgeons à la surface desquels pullule l'épithélium pavimenteux et qui deviennent ainsi papillaires.

Les culs-de-sac glandulaires, par la masse des éléments qu'ils contiennent, que ce soient les follicules pileux, les glandes sébacées, les glandes sudoripares, contribuent aussi à l'extension.

Eh bien ! ce sont des tumeurs qu'il faut attaquer de bonne heure, détruire ou enlever ; et quand elles sont enlevées, il faut souvent leur substituer un tissu nouveau.

Détruire sur place ou retrancher : ces deux expressions indiquent, en effet, deux méthodes opératoires : les caustiques ou le scalpel.

Quoique dans certains cas l'emploi des deux moyens soit soutenable, je ne crois pas que l'on puisse, en général, les conseiller indifféremment.

S'il s'agit d'une petite tumeur de la lèvre, les caustiques sont excellents, mais seulement dans le cas d'une altération très limitée, car il faut éviter à tout prix une perte de substance étendue, une cicatrice vicieuse ; il ne faut pas substituer une infirmité à un mal, et ce serait une infirmité que de détruire lèvres et paupières inférieures sans les réparer, mettant ainsi à nu les arcades dentaires ou le globe de l'œil, et provoquant un écoulement permanent des larmes ou de la salive.

Aussi, si la lésion est étendue, je proscrirai les caustiques et je pratiquerai, suivant la dimension de la partie altérée, l'excision avec ou sans autoplastie.

Mais dans cette affection deux choses doivent nous préoccuper.

Nous avons dit la première : il faut enlever tout le mal et réparer la perte de substance. Cela suffira-t-il pour empêcher une rechute ? Malheureusement non ; le chirurgien doit encore s'entourer de toutes les précautions possibles pour prévenir la récidive. Mais le moyen curatif employé n'empêche pas cette dernière éventualité, et nous avons pu constater souvent que les caustiques, pas plus que le scalpel, n'en préservait. Le moins d'étendue de l'ulcération n'est pas non plus un gage contre les rechutes : tel cas, en apparence léger, repullule quoique radicalement enlevé ; tel autre, à l'ulcère très étendu, et de vilain aspect, laisse, après son ablation, une guérison durable ; il n'est donc point de formule applicable à la guérison radicale.

Il est cependant un signe précieux que l'on connaît, que l'on recherchera toujours, et dont on tiendra compte.

Y a-t-il, ou non, engorgement des ganglions voisins ?

Certes, l'absence de ganglions engorgés, indurés, même quand l'ulcération est de petite dimension, n'est pas toujours, après ablation, la garantie d'un succès sans rechute : et nous en citerons.

Mais la présence de ganglions engorgés donne presque infailliblement la certitude d'un insuccès, et je n'ai jamais vu ces cas guérir sans récidive.

Je ne voudrais pas cependant que ce fût une interdiction absolue d'opérer: l'opération est, quelquefois, une question d'humanité ; le chirurgien est alors une dernière espérance pour le malheureux.

Cependant comme toute opération, même dans des cas désespérés, doit être pratiquée dans les meilleures conditions de succès possible, les règles suivantes seront rigoureusement tenues :

La section portera le plus loin que l'on pourra du mal, sur les parties saines ;

Tout ganglion malade ou suspect sera enlevé ;

On pratiquera autant que possible une autoplastie, c'est-à-dire que l'on substituera aux téguments malades des surfaces saines, prises dans le voisinage, ce qui sera d'autaut plus nécessaire que l'on aura moins ménagé l'étoffe en enlevant la partie altérée.

La réunion doit être immédiate, solide, et il ne doit y avoir de surface suppurante que celle qu'il n'aura pas été possible de recouvrir avec les lambeaux rapportés, ce qui a lieu parfois, quand la perte de substance est très étendue ; mais il est important que l'emplacement même de la brèche soit recouvert par des tissus nouveaux.

En voici quelques exemples :

Observ. IV. — X... est un ancien matelot de quarante-six ans atteint, depuis deux ans, d'un épithélioma qui lui a rongé la lèvre inférieure en totalité, depuis la commissure gauche qui est intéressée jusqu'à $0^m,01$ de la commissure droite ; le menton est détruit jusqu'à la symphyse, les arcades entièrement à nu : on ne peut songer à une réparation qu'en substituant complètement la peau de la région sushyoïdienne à celle du menton et de la lèvre. Le malade la réclame comme une nécessité dont il a conscience. Malgré l'étendue des dégâts, les ganglions ne sont pas pris.

L'opération pratiquée (salle 13) le 21 juillet 1874 est supportée avec un courage extraordinaire. La commissure gauche étant intéressée, je suis dans l'obligation de porter mon scalpel sur la lèvre supérieure et d'aller à droite jusqu'à quelques millimètres de la commissure et je gratte fortement toute la surface mentonnière que je touche au cautère actuel. Je prolonge par une incision horizontale de $0^m,06$ la commissure gauche et je fais descendre une incision verticale depuis la symphyse jusqu'au-dessous de l'hyoïde. Puis, disséquant largement, comme à l'amphithéâtre, tout le lambeau compris entre

ces deux incisions, je le transporte en entier de gauche à droite au devant de la lèvre droite de la section, également mobilisée ; et comme malgré tous ces efforts je ne peux encore réussir à affronter les surfaces, je pratique deux incisions profondes, libératrices, à droite et à gauche, sur les joues ; je les fais descendre assez bas pour que l'effet se fasse sentir sur tout le lambeau, et, dès lors, la mobilité des tissus devient telle que rien ne s'oppose désormais à l'application des points de suture. Une vingtaine de points fixent les tissus qui sont du reste maintenus par un pansement collodionné. La guérison se fait partout par première intention. Mais la bouche est petite, en tuyau de pipe. Plusieurs années s'écoulent, il n'y a pas de rechute. Malgré mes conseils, je rencontre souvent mon opéré fumant dans la pipe vulgairement appelée « brûle-gueule » ; il est très fréquemment obligé de se couper la barbe qui lui pousse dans la bouche, la lèvre inférieure étant faite au détriment de la peau du cou.

En 1878, quatre ans après avoir été opéré, le mal n'avait pas reparu. La bouche artificielle s'était un peu dilatée, et tout indiquait que la guérison était définitive, lorsque ce malheureux se noya en rade de Brest par un gros temps.

Voilà donc un cas d'épithélium ancien très étendu du visage qui guérit par l'excision et l'autoplastie complète de la région ; mais il n'y avait pas d'engorgement des ganglions.

ÉPITHÉLIOMA LOBULÉ DE LA RÉGION TEMPORALE, SANS ENGORGEMENT GANGLIONNAIRE. — OPÉRATION. — GUÉRISON.

Observ. V. — M. Le B..., vieillard octogénaire, jouit à quatre-vingt-deux ans de la plus parfaite santé. Mais, à cet âge, il voit paraître, à la région temporale gauche, une élevure d'apparence pustuleuse, que le portage de la coiffure écorche, qui s'exulcère et qui fait de rapides progrès : elle saigne abondamment au moindre contact et se recouvre de croûtes brunes d'un aspect répugnant.

Un an après le début, l'ablation en est devenue indispensable sous peine de voir succomber prochainement un vieillard qui, malgré son grand âge, peut avoir encore plusieurs années à vivre.

Les ganglions sont sains.

Je pratique l'opération en septembre 1876. Je circonscris la tumeur ; j'enlève exactement tout et au delà du mal. Je lie les deux branches de la temporale ; je dissèque largement les téguments voisins et je les fais glisser à l'encontre les uns des autres ; je fixe des points de suture aux deux angles, mais en raison de la perte de substance je laisse suppurer le centre de la plaie et je panse à l'alcool. La guérison est complète, moins de trois semaines après l'ablation.

M. Le B... est mort seulement en 1884 à l'âge de 91 ans, sans avoir eu de récidive ; c'était encore une guérison radicale.

Il s'agissait dans ces observations de l'épithélium pavimenteux lobulé.

En regard de ces cas de guérison qu'il nous serait facile de multiplier, mais nous ne le croyons pas nécessaire, nous citerons des cas de récidive rapidement mortels soit dans la plaie, soit dans les ganglions.

ÉPITHÉLIOMA LOBULÉ. — ENGORGEMENT GANGLIONNAIRE. — RÉCIDIVE DANS LES GANGLIONS. — MORT.

Observ. VI. — Mme X..., de Brest, est âgée de plus de soixante ans. Elle est atteinte depuis plusieurs mois d'un cancroïde de la joue, de la dimension d'une pièce de 5 francs dont elle demande l'ablation. Mais un ganglion sous-maxillaire du même côté est fortement engorgé et très dur.

Je pratique l'opération radicale, c'est-à-dire qu'après la réparation de la joue que je fais très complète en empiétant sur les tissus sains, j'enlève le ganglion sous-maxillaire tuméfié et à l'aide du doigt phéniqué, promené dans la plaie, je m'assure qu'il n'y reste plus rien de suspect. Je clos complètement la plaie de la joue, mais j'entretiens pendant quelques jours un drain dans la plaie de la région sous-maxillaire et je pratique le pansement antiseptique à l'acide phénique.

Les plaies se ferment, mais trois semaines après, nouvelle récidive dans la plaie du cou. La glande sous-maxillaire se prend ; les accidents, qui marchent avec une étrange rapidité, rendent inutile toute idée d'une nouvelle opération : la tumeur devient énorme et amène la mort moins de six semaines après l'intervention chirurgicale.

ÉPITHÉLIOMA LOBULÉ SANS ENGORGEMENT. — OPÉRÉ TROIS FOIS. — RÉCIDIVES DANS LA CICATRICE ET DANS LES GANGLIONS. — MORT.

Observ. VII. — M. R..., ancien officier de marine, a été opéré deux fois pour un épithélioma lobulé de la lèvre inférieure. Malgré un petit ganglion qui roule sous le doigt et en présence des supplications du malade qui est père d'une nombreuse famille, je l'opère derechef en taillant largement dans les parties saines et en faisant de l'autoplastie par glissement. La guérison se fait par première intention en quarante-huit heures, mais une quatrième récidive a lieu dans les ganglions du cou, devient rapidement inopérable et est mortelle dans les trois mois qui suivent.

J'arrive à l'observation principale que j'annonce en tête de ce travail, et qui l'a provoqué. Je la ferai précéder de quelques réflexions sur l'affection qui en fait le sujet.

Il nous reste en effet à parler d'une catégorie d'altérations

intéressantes, mais difficiles à définir, les affections qui attaquent d'abord l'enveloppe tégumentaire, puis ensuite les parties qu'elle recouvre et qui sont généralement connues sous le nom de lupus.

L'herpès esthiomènos, le *noli me tangere* des auteurs anciens, l'herpès *rodens* de Peter, de Franck, la dartre rongeante d'Alibert, constituent une seule et même affection qui n'a été bien déterminée que par Willian qui en a définitivement fixé le nom et le caractère sous le nom de lupus vulgaire.

Si nous essayons d'interpréter en quelques lignes sa nature intime, il semble être le produit d'une dégénérescence de la peau d'origine probablement scrofuleuse. Il naît d'un trouble trophique de cet organe, dont le début est l'hypergénèse anormale des éléments celluleux du tissu conjonctif, formant des dépôts nouveaux de petits éléments cellulaires fins qui, par une action réactionnelle sur les tissus voisins, amènent une dégénérescence progressive, une transformation graisseuse, puis une période régressive des éléments cutanés à laquelle prennent aussi part les différents follicules qui y sont logés : mouvement successivement hypertrophique et atrophique aboutissant, en définitive, à l'atrophie des éléments, à l'ulcération des tissus, à l'élimination. Quoique la question soit litigieuse quand il s'agit de fixer le diagnostic, il est certain que le lupus ordinaire est de nature scrofuleuse ; mais la syphilis pouvant donner des altérations parallèles, on s'entourera de toutes les garanties pour établir la nature de la lésion.

Par le fait de la prolifération active dont le lupus est le siège, il a de la tendance à s'organiser en tissu conjonctif, d'où les îlots cicatriciels que présentent parfois les surfaces ulcérées.

En nous reportant à ce que nous avons dit de l'épithélioma et en le comparant à ce que nous venons de dire du lupus, on verra aisément les différences qui séparent les deux affections. Dans la première en effet, ce sont des cellules épithéliales à un ou plusieurs noyaux, crénelées finement, s'engrenant par leurs bords, agglomérées en masse ; dans la seconde, un tissu finement granuleux formé de cellules embryonnaires entourées d'un stroma à fibres fines.

Mais il peut y avoir réunion des deux sur une même plaque ulcérée. Le lupus précède, et c'est sur cette base lupeuse, aux

petits éléments granuleux, que s'établit le cancroïde qui y végétera d'autant plus à son aise, que le terrain est propice à sa propagation. Weber, Hébra, Neumann, en citent des cas qui ne semblent pas très rares.

Il est certain qu'il est déjà permis, aux signes cliniques, de prévoir la nature du mal et c'est ce que j'essayerai de faire ressortir à la fin de cet article, ce qui a de l'importance, puisqu'il s'agit d'établir un diagnostic avant et pour l'intervention.

En tous cas, au microscope, les caractères histologiques de l'épithélioma se reconnaîtront sur la base lupeuse. Des espaces alvéolaires remplis de grandes cellules épithéliales du cancer, arrondies ou fusiformes, prédominent au milieu d'éléments cellulaires du lupus plus petits ; plus tard, d'après Neumann, il y a une prolifération abondante de cellules épithéliales au milieu d'un stroma délicat.

Mais il est non moins certain que l'altération très ancienne, sous l'influence des cautérisations et grattages répétés qu'elle a subis comme moyen de traitement, puis des cicatrisations partielles qui suivent, la surface altérée, dis-je, éprouve des métamorphoses dont l'observateur tiendra compte dans ce diagnostic, après coup, qui suivra l'ablation, et c'est pour ce fait même que l'opérateur est obligé d'attribuer aux caractères cliniques une importance d'autant plus grande que ce sont eux qui commanderont l'intervention.

Malgré cette fusion des deux affections dont nous exposerons tout à l'heure un cas, nous croyons opportun de rappeler ici la marche du lupus vulgaire, d'autant plus que cette description succincte nous servira à éclairer l'observation que nous rapportons.

Nous le ferons brièvement :

Le lupus vulgaire peut revêtir deux formes : il peut être tuberculeux ou exulcérant. Il débute par une squame blanche, argentée, du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille. Cette écaille peut se reproduire plusieurs fois, puis se multiplier dans le voisinage et devenir ainsi plus ou moins confluente.

On le dit alors exfoliatif. Sous ces efflorescences se produisent des exsudats ; le derme s'épaissit, s'hypertrophie et il se forme des végétations papillaires : les croûtes deviennent plus épaisses et plus opaques ; en un mot, d'exfoliatif, ce qui

n'est, après tout, qu'un caractère fruste d'une affection au début, le lupus devient hypertrophique.

Mais, quand ces croûtes plus denses et plus brunes se détachent, elles laissent aussi des ulcérations plus ou moins déprimées, à bords mous, calleux ou serpigineux, suivant les cas. On aura le lupus exulcérant. — Que le lupus soit exfoliatif, hypertrophique ou exulcérant, ce ne sont à notre avis que des phases d'évolution d'une même affection. — Ce n'est pas que je veuille soutenir que nous ne nous trouverons jamais qu'en présence d'une telle altération : ainsi, j'ai nommé le lupus tuberculeux constitué par des tubercules de la dimension moyenne d'un petit pois, qui ne s'ulcère jamais et qui diffère absolument du lupus ulcéré; ou encore le lupus exanthématique de Cazenave que l'on ne pourra confondre davantage avec les précédents ; je veux seulement établir que toute affection lupeuse, et, spécialement le lupus vulgaire exulcérant, avant d'atteindre cet état, a passé par des phases qui ne sont que des degrés moins avancés du même mal.

Nous pourrons suivre ces différents états dans l'observation suivante :

CANCROÏDE A BASE LUPEUSE DE LA TEMPE, DES PAUPIÈRES, ET DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE DATANT DE PLUS DE HUIT ANS. — OPÉRATION. — GUÉRISON RADICALE.

Observ. VIII. — Vers la fin de l'année 1875, M. C.... remarquait, vers le milieu de la tempe droite, la présence d'une petite croûte blanche de la dimension d'une lentille. Pendant près d'un an, cette croûte tomba et se renouvela sans que son attention fût autrement attirée.

Mais, le contact de l'oreiller l'écorchait quelquefois, et un peu de démangeaison y faisait alors porter le doigt.

En 1876 seulement, faisant donner des soins à son fils pour une suppuration carieuse du rocher, il en parla à son médecin qui, pendant 6 mois, le cautérisa plusieurs fois au crayon de nitrate d'argent.

En 1877, la croûte persistant et la base étant indurée on y appliqua de la pâte de Vienne qui donna lieu à une eschare à laquelle succéda une cicatrice lisse, gaufrée; mais la guérison ne devait être que temporaire, car peu après induration et croûte reparaissaient.

En 1880, étant à une eau thermale des Pyrénées avec son fils, il fut encore cautérisé à diverses reprises, par un médecin de la localité, mais sans amélioration, et jusqu'en 1882 l'ulcération croît très lentement mais d'une manière continue, de façon à atteindre, de proche en proche, la dimension d'une pièce de 2 francs. Elle avait mis 6 années à y arriver.

Le malade avait pris, pendant cette période, de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium.

En présence de cette persistance du mal, M. C.... s'inquiète, insiste pour subir un traitement énergique. On le cautérisa alors, à diverses reprises au Paquelin ; puis, comme le résultat ne parut pas satisfaisant, on le soumit à des cautérisations linéaires suivies d'applications de teinture d'iode. Pendant un mois, deux fois par semaine, et pendant deux mois, quatre fois par mois, des scarifications furent pratiquées avec le bistouri et les sillons furent touchés, d'abord au perchlorure de fer, puis à la teinture d'iode. Ce traitement, continué pendant 3 mois, améliora sensiblement l'état local et laissa un moment espérer une guérison durable.

Mais ici se montre la ténacité étonnante de ces affections. En avril 1883, le mal a reparu dans toute sa violence, il s'est étendu, a envahi l'angle externe de l'œil, les deux paupières et le cul-de-sac. De plus en plus inquiet, et non sans raison, M. C ... s'adresse à notre ancien directeur, M. le Dr Jossic, qui, connaissant l'histoire de son malade et jugeant la gravité du cas, l'engage à se mettre, à Paris, dans les mains d'un spécialiste.

On connaît les succès obtenus à Saint-Louis, dans les affections lupeuses, par M. le Dr Vidal. Ce médecin expérimenté lui conseille le grattage profond et répété par la curette, suivi de cautérisations et le 26 juillet 1883, après une anesthésie locale relative par le pulvérisateur Richardson, grattage et cautérisations sont pratiqués. Le caustique employé fut le chlorate de potasse pulvérisé qui provoqua de très vives douleurs.

Quinze jours après M. C.... revenait à Brest très amélioré, presque guéri. Mais ce n'était encore qu'une apparence trompeuse. La cicatrice déprimée, gaufrée, s'entoura bientôt d'une induration cicatricielle circonférentielle, et, en octobre 1883, moins de trois mois après le grattage, l'ulcère reparaissait.

En novembre, nouveau voyage, nouveau grattage : guérison temporaire, mais aussi nouvelle rechute, et c'est alors que demandant une consultation à M. le professeur Hardy, cet éminent praticien lui dit que : « si jamais *guérison était possible, la chirurgie seule pourrait l'accomplir* ». Et c'est alors, fin de février 1884, que sur le conseil de M. le directeur Jossic, M. C.... vint me trouver.

Nous allions finir par où on aurait peut-être pu commencer.

M. C.... a 43 ans ; d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatique que cache une apparence sanguine. Jusqu'à l'apparition de ce mal, il s'est toujours bien porté. Il a un fils de 14 ans qui a eu, il y a quelques années, une suppuration carieuse du rocher. — Il a perdu sa sœur d'un cancer de l'utérus. Voilà deux parentés suspectes, à différents égards. Sans avoir d'antécédents alcooliques définis, il a fourni jusqu'à l'âge de 30 ans une existence de garçon un peu agitée. Tel est le passé.

Etat local. — La surface tuberculo-ulcéreuse comprend tout l'espace compris entre l'angle externe de l'œil qui est intéressé jusqu'à la partie antérieure du pavillon de l'oreille; elle a un peu plus de $0^{m},04$ de hauteur, sans compter les bords indurés : le 1/4 externe des paupières a disparu, la

conjonctive oculaire est rongée jusqu'à la cornée. Sur la tempe, l'ulcération est serpigineuse; les contours en sont irrégulièrement découpés et indurés; au centre, la surface profondément atteinte offre des îlots cicatriciels.

Dans l'angle, sur la conjonctive palpébrale et au lieu et place de la rencontre des paupières, l'ulcération est déprimée, alvéolaire, miroitante. A la loupe, on y voit des poils qui végètent atrophiés et décolorés.

La conjonctive bulbaire est le siège d'une ulcération trachomateuse, à bords festonnés, de forme obscurément triangulaire, allant jusqu'au limbe cornéen; le tout est fortement injecté et de teinte livide.

Le malade porte une plaque de soie qui recouvre la partie altérée, et du reste, alors que l'œil est découvert, la vue est gênée, sans que j'aie pu toutefois établir le degré de l'acuité visuelle; il est las de tous les traitements qu'il a subis depuis 18 ans; il voit sa position, sa vie peut-être compromise : pour guérir il est prêt à tout.

A quelle affection ai-je affaire?

Est-ce un *cancroïde*, est-ce un *lupus*, est-ce la réunion des deux? Comme nous l'avons dit, les commémoratifs sont peu rassurants, mais les faits ne sont pas plus favorables à l'une qu'à l'autre altération. L'examen microscopique seul pourrait nous éclairer sérieusement, mais il ne nous viendra en aide que lorsque nous n'en aurons plus besoin. Il est constant, du reste, que l'action répétée de tous les moyens thérapeutiques employés, a transformé cette surface ulcérée en lui enlevant ses caractères typiques. Malgré tout cela, en étudiant l'ensemble des signes, l'apparition, la marche, les pseudo-guérisons, la lenteur du mal, surtout au début, tout me fait plutôt croire à un *lupus* vulgaire tuberculo-ulcéreux; mais est-ce le lupus à forme serpigineuse, ou bien ne serait-ce pas un épithélioma à la surface d'un ancien lupus? En tout cas, j'élimine immédiatement le lupus érythémateux de Cazenave, forme plus bénigne, plus superficielle et qui n'offre aucun rapport avec celui-ci. (Voir fig. 1.)

Je constate avec plaisir que les ganglions sont sains, et, en dernier ressort, c'est ce qui me décide à entreprendre l'opération à laquelle je suis du reste encouragé par MM. les docteurs Jossic et Fontan qui veulent bien m'assister. Il est entendu préalablement que l'opération sera radicale, que tout ce qui semblera suspect sera enlevé.

Nous veillons à ce que l'antisepsie soit rigoureusement observée : catgut, fils de soie, d'argent, aiguilles de toute dimension sont préparés et passés à la solution forte.

Je circonscris toutes les parties malades, y compris les bords indurés, tant aux paupières qu'à la tempe par des incisions qui entament largement les parties saines (fig. 2) l'incision va jusqu'au périoste qui n'est pas malade. J'abrase du reste de la plaie tout ce qui est douteux et je touche au thermocautère. Par deux coups de ciseaux, je sectionne nettement les bords libres des deux paupières dans leur quart externe, suivant deux traits obliques de dehors en dedans; elles se rétractent aussitôt sous l'influence de l'orbiculaire, ce qui me met à nu le globe oculaire et me permet de l'aborder plus aisément.

Fixant alors le globe à l'aide d'une pince de Waldeau et la confiant à un

aide, je dissèque à l'aide d'un scalpel de Graefe, un lambeau conjonctival, comprenant et au delà tout ce qu'il y a de conjonctive bulbaire intéressée ; je nettoie minutieusement l'angle et les culs-de-sac, et je ne dépose l'instrument tranchant que lorsque j'ai acquis la certitude que tout est enlevé. Je décolle alors mes lambeaux conjonctivaux de manière à pouvoir les affronter et je les fixe par trois points de suture à l'aide du huitième d'un fil de soie

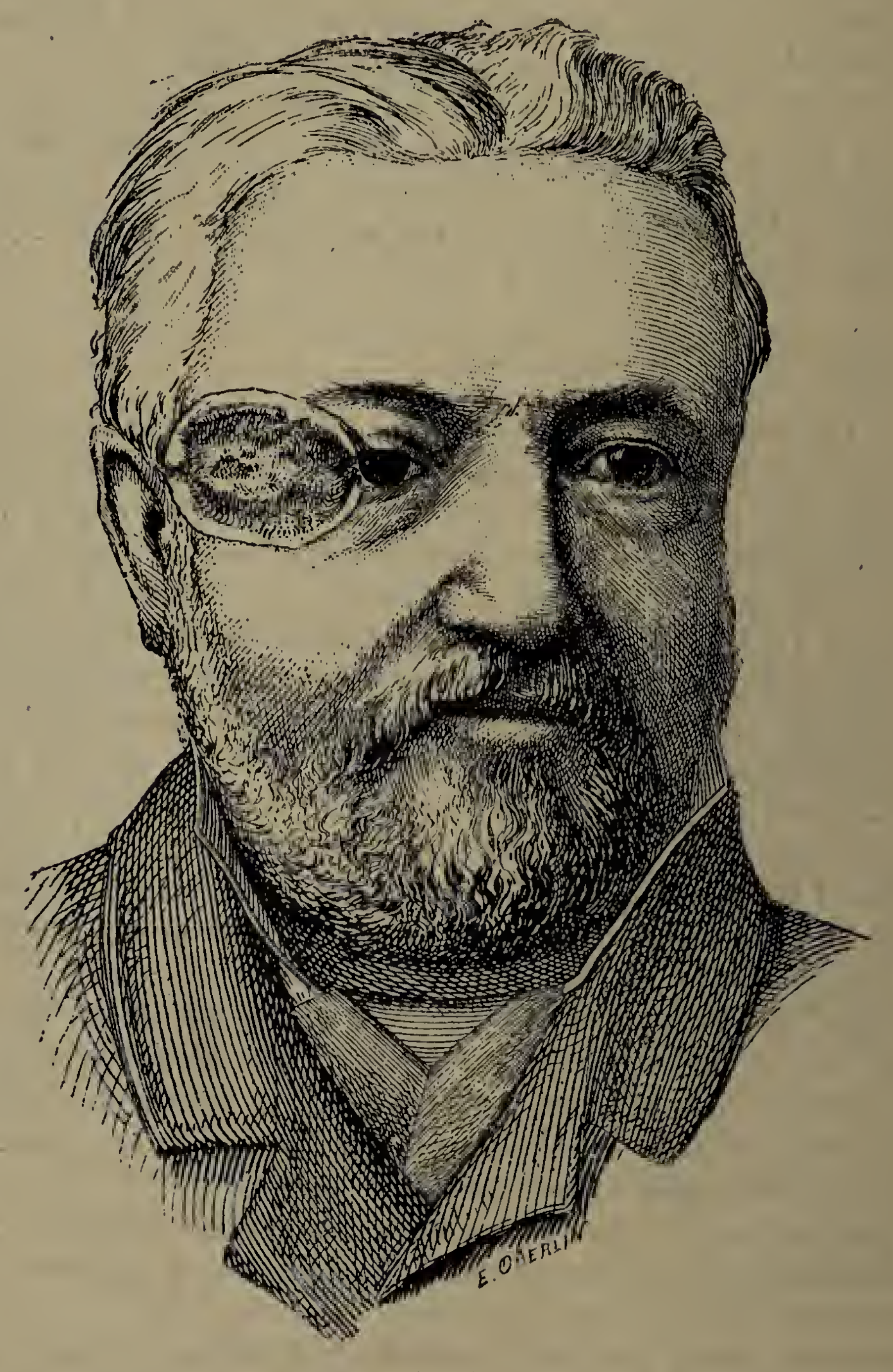


Fig. 1.

détordu. La réunion est parfaite (fig. 3). Je taille un grand lambeau en fourche (*h*, *a*, *k*, *é*, fig. 2), après avoir bien pris exactement mes mesures, en ayant soin de le faire descendre plus bas en *g* qu'en *h*, et en tenant compte de la rétraction des tissus, je le dissèque complètement, jusqu'à sa base, en ayant soin de conserver dans le pédicule les gros vaisseaux de la tempe. Je me garde, du reste, de lier les vaisseaux de la tempe qui donnent à l'extrémité du lambeau. Je dissèque complètement les deux lambeaux qua-

drilatères, B, C, je fais virer alors les deux lambeaux A et B en substituant l'un à l'autre ; j'affourche les deux extrémités K, I, du lambeau A, à la double section palpébrale, je multiplie les points de suture au fil d'argent, de manière que l'affrontement soit parfait, ce qui prévient du reste toute hémorrhagie secondaire, et je fixe un fort point de suture entortillée à l'endroit qui doit former l'angle externe de l'œil. Les deux bords de mon lam-



Fig. 2.

beau en fourche A sont alors fixés : le supérieur au bord interne du lambeau B, qui lui-même a subi un mouvement de rotation d'un quart de cercle ; l'inférieur, au bord supérieur du lambeau C qui lui-même complètement disséqué a subi un mouvement d'ascension pour s'accrocher en *c* par un point de suture entortillée. — Des fils d'argent séparés par des fils de soie me donnent une adaptation irréprochable et tout me laisse espérer une heureuse réussite. Il n'y a de perte de substance qu'en *x*, de la dimension d'une

pièce de 20 sous. Pour éviter l'action un peu irritante de l'acide phénique sur les sutures, j'adopte le pansement à l'alcool, qui sera continué les jours suivants, en maintenant de l'humidité sous l'enveloppe imperméable, je pratiquerai le moins de pansements possible. — Les premiers points de suture sont enlevés le troisième jour; les derniers vers le douzième, sauf les sutures conjonctivales qui sont à fil perdu.

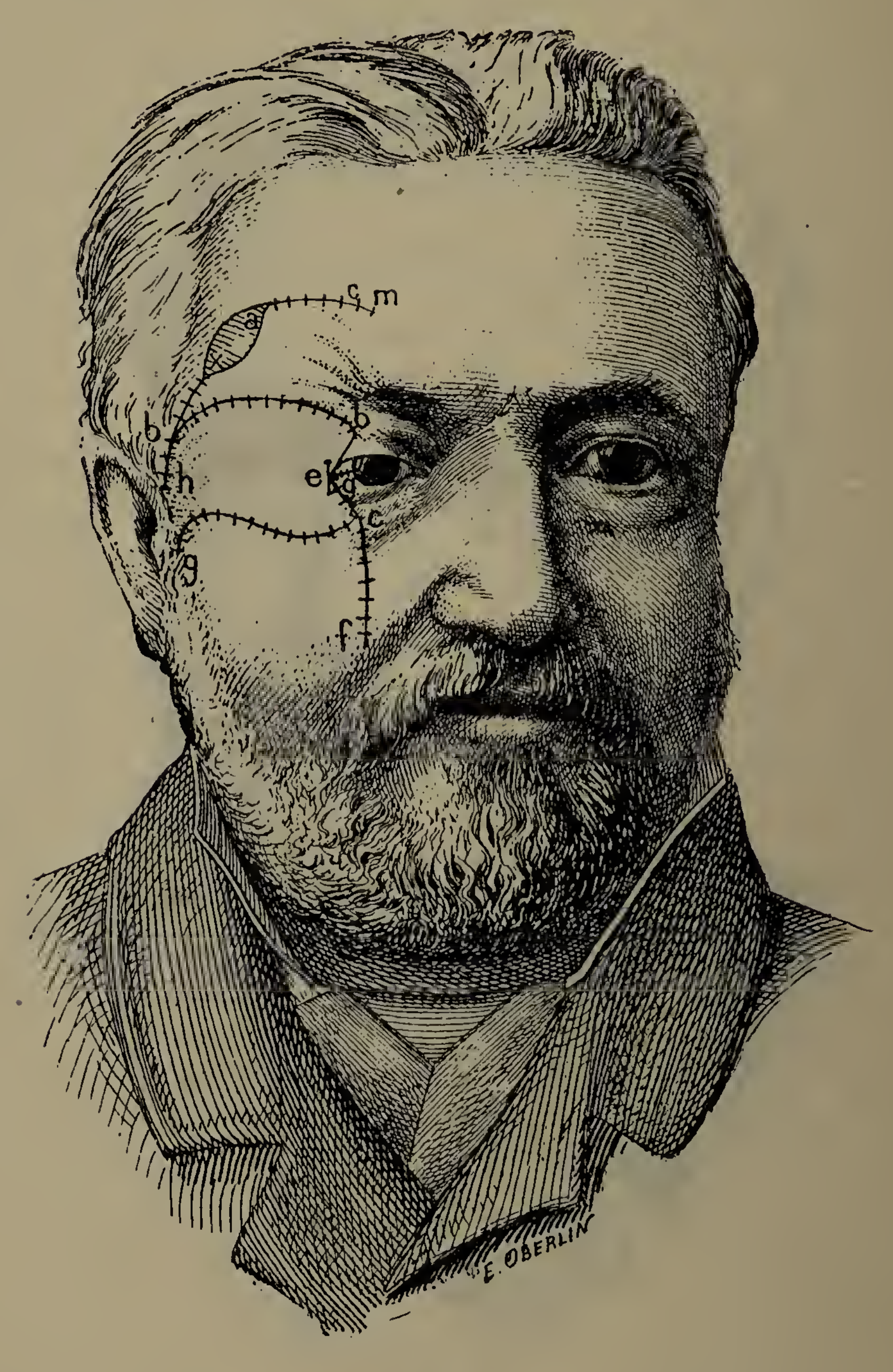


Fig. 5.

Au quinzième jour, pas le moindre point d'inflammation; tout est parfaitement réuni et il n'y a à suppurer que la plaie de la tempe qui n'est fermée qu'au vingt-cinquième jour et, dans les derniers jours du mois suivant, M. C ... peut quitter Brest complètement guéri.

Il y a encore quelque chose qui m'inquiète : c'est l'angle de l'œil, c'est la conjonctive, et spécialement les points de suture.

Trois semaines s'écoulèrent sans le moindre accident, sauf un peu d'exagé-

ration dans l'injection de l'œil et un léger écoulement puriforme. — Mais au bout du mois, l'injection est plus vive, l'écoulement qui augmente inquiète l'opéré qui me confie ses craintes, et j'extrais, à l'aide d'une pince, un corps hémisphérique rouge qui n'est qu'une petite masse de matière organisée englobant l'un des fils conjonctivaux. Les deux autres tombèrent successivement, à quelques jours d'intervalle, et dès ce moment l'injection



Fig. 4.

de l'œil disparaît, l'organe reprend sa netteté; quant aux paupières et aux téguments du visage, ils ont presque l'aspect normal.

Au moment où je publie cette observation, quatre ans après l'opération (et je n'ai pas voulu la faire paraître avant), M. C... se porte à merveille : depuis plus de trois ans et demi

il a repris sa profession comme sa vie de chasseur; les fonctions de l'œil se font donc parfaitement, et il serait impossible, à quelques pas, de dire s'il a ou non subi une opération et de

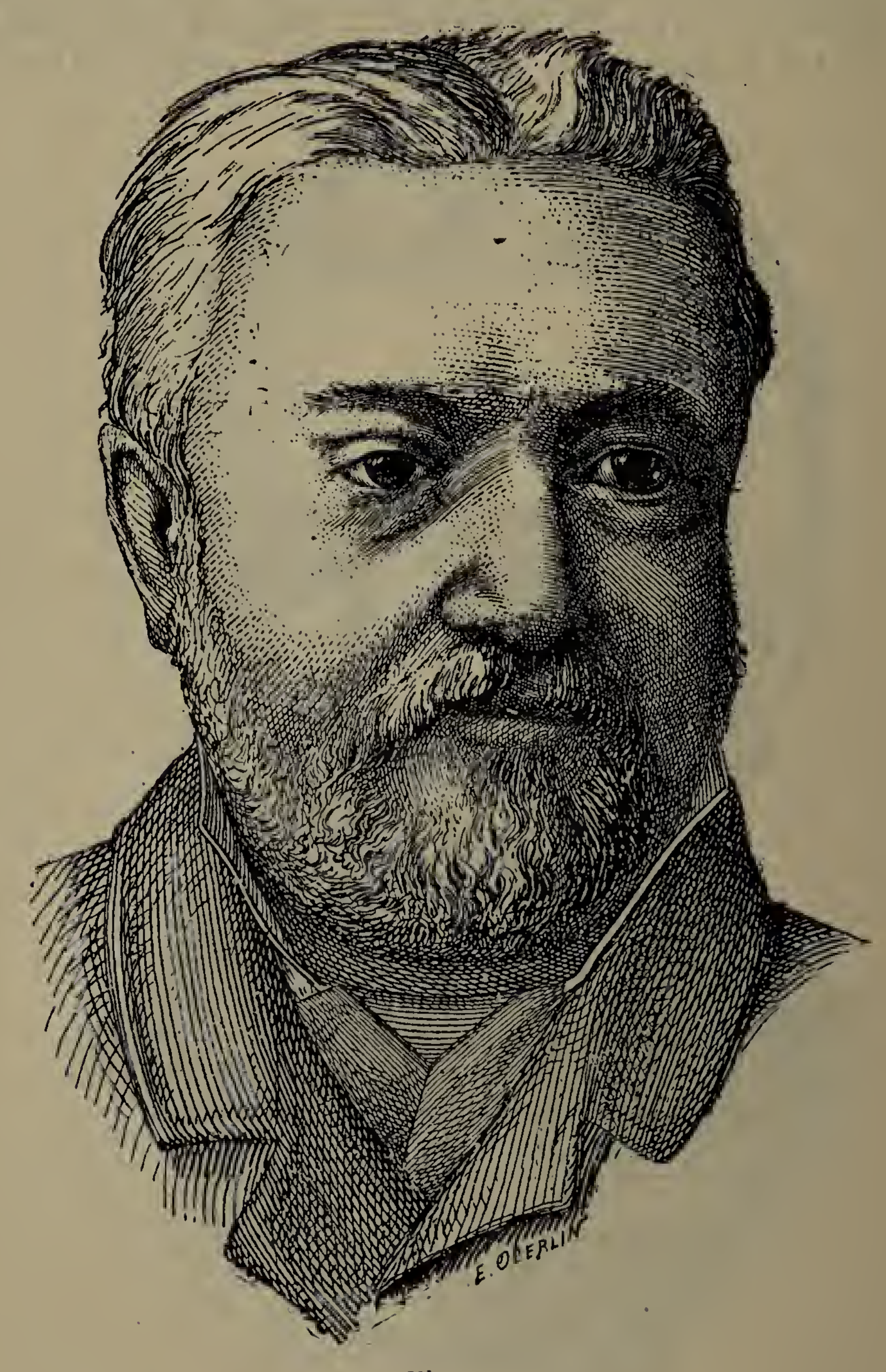


Fig. 5.

quel côté. Quand on songe à sa vie passée et à ses rechutes constantes, je crois que l'on peut se permettre d'avancer que c'est une guérison radicale. (Voir la fig. 5 d'ap. photographie.)

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PIÈCE ET CONCLUSION.

Aussitôt enlevée, la pièce fut déposée dans un liquide conservateur. L'examen histologique en fut ultérieurement pra-

tiqué par M. Fontan et par moi; des coupes furent faites, à différentes époques, sur tous les points de la tumeur.

L'examen porta successivement :

1° Sur des fragments, profondement ulcérés, de l'angle de l'œil et des paupières;

2° Sur des portions de la tempe, présentant des ulcérations serpigineuses, et sur leur substratum;

3° Sur les îlots cicatriciels.

1° Des coupes très fines, exécutées dans les premiers fragments, ont démontré la présence de couches de cellules épithéliales pavimenteuses, hexagonales, formant un carrelage régulier, à bords très délicatement dentés, à dents engrenées les unes dans les autres. Toutes ces cellules très transparentes offraient un ou deux noyaux finement granuleux. Ces cellules étaient agglomérées en globes, pénétrant dans les couches profondes du derme.

Il ne pouvait donc y avoir de doute sur la nature de ce tissu : des préparations multiples ont fourni le même résultat partout où les surfaces étaient profondément ulcérées.

C'est de l'épithélioma; c'est du vulgaire cancroïde.

Des coupes variées pratiquées sur la base, sur le substratum des ulcérations serpigineuses, ont fourni de très curieux résultats et, du reste, absolument différents des précédents. Il s'agit ici d'une tout autre altération et nous croirions volontiers avoir sous les yeux la figure si caractéristique de Neumann (p. 418, art. Lupus). Ce sont des masses de cellules embryonnaires granuleuses, tassées, agglomérées en couches compactes, masses obscurément sphéroïdales, limitées ou parcourues par des travées incomplètes, interrompues, délicates, formées par des éléments plus allongés, anastomosés. Sur certaines coupes, ces éléments massés sont déformés, brisés, c'est une déroute d'éléments embryonnaires devenus granuleux, dans lesquels, malgré leur état, il est impossible de ne pas reconnaître les cellules que nous avons décrites et reproduites ci-dessus. Ce sont des éléments en phase régressive, qui plus tard, donneront lieu à la phase atrophique. (Voir la fig. 6.)

Des coupes de la troisième série, pratiquées sur les îlots cicatriciels, nous montrent un tissu feutré, dense, constitué par des éléments cicatriciels, propre du reste à toutes les cicatrices et que nous avons décrit au début de ce Mémoire,

quand nous avons parlé du tissu réparateur des plaies. Ici, plus de traces de cellules embryonnaires, mais seulement un feu-

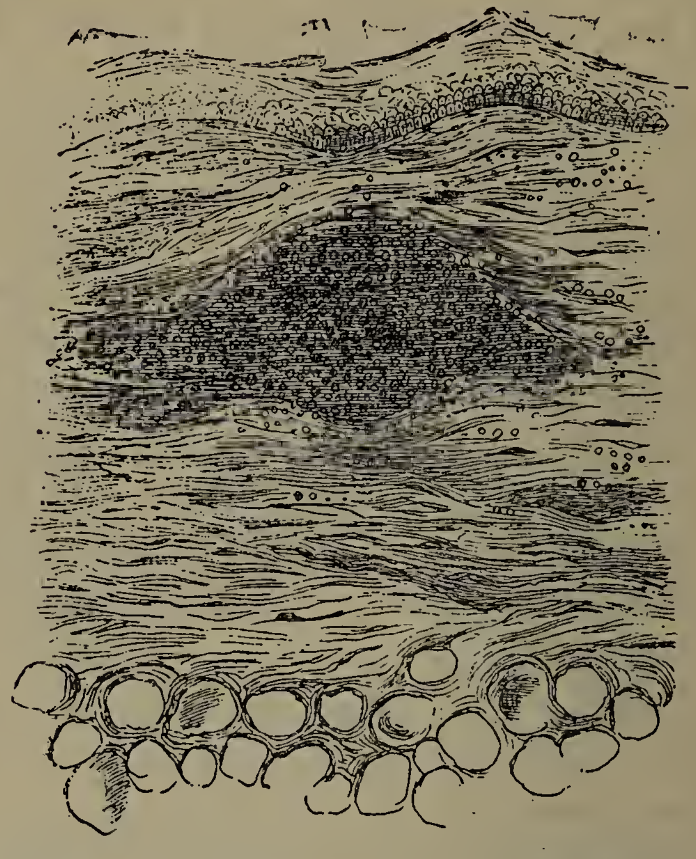


Fig. 6. — Nodule de lupus. — Phase irritative.

trage d'éléments fibrillaires au-dessous desquels, comme revêtement intérieur, des masses de cellules adipeuses (fig. 7).

Nous avons donc pu constater avec la plus grande facilité sur cette pièce d'anatomie pathologique, les phases hypertrophique, régressive ou ulcéreuse et atrophique, appartenant d'une manière indiscutable au lupus vulgaire.

Mais ce qui n'est pas moins important, nous avons pu établir également avec une certitude absolue la présence de l'épithélioma végétant à sa surface, prolifération abondante de cellules épithéliales en masses sphériques, et, sur ces points, régnant en maître, sans mélange d'éléments lupeux.

Les cas de cette nature ont été cités, comme je l'ai dit, par un certain nombre d'auteurs, particulièrement par des Allemands, mais ils ne sont pas communs et doivent être connus. Devergie les mentionne dans son traité sur les maladies de la peau (1863).

Mais les caractères cliniques sont-ils en rapport avec les caractères que nous fournit le microscope?

Dans l'observation précédente, il n'est pas douteux que le

lupus ait précédé : il a successivement parcouru les phases exfoliatrice, hypertrophique, au moins dans une certaine mesure, ulcéreuse, atrophique. — Sous l'influence de chaque traite-

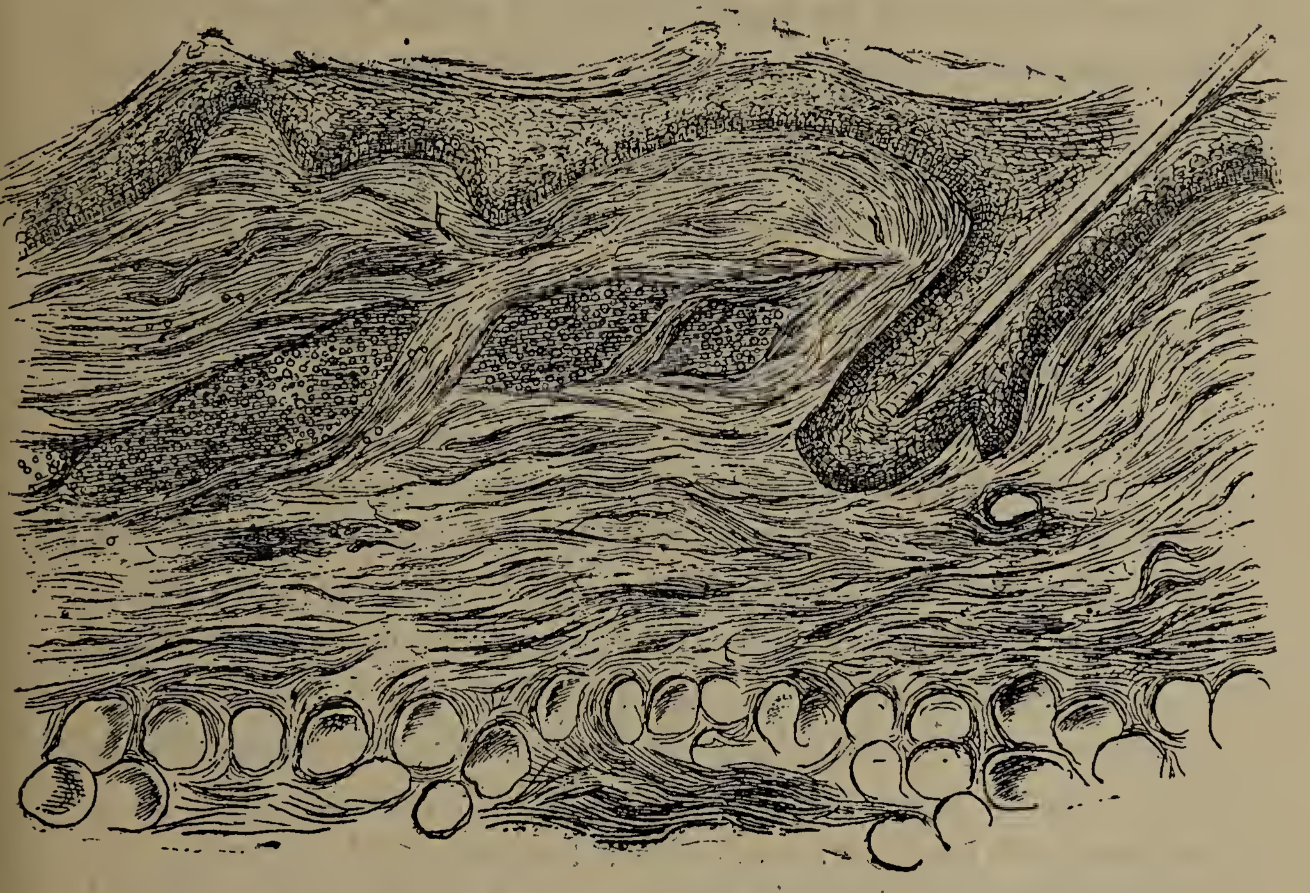


Fig. 7. — Portion cicatrisée. — Ilots nécrobiotiques. — Phase régressive.

ment nouveau l'affection se modifie : on croit qu'elle va guérir. Le malade aussi l'a remarqué : « Tous les traitements que j'ai suivis, me dit-il, ont toujours amélioré mon état pendant quelque temps ». N'est-ce pas là le caractère des affections lupeuses? Quand elles ne revêtent pas les formes les plus graves, maladies à répétitions, elles guérissent à peu près, pas tout à fait.

Sur ce *noli me tangere*, cautérisé, brûlé, gratté, en un mot, surmené pendant si longtemps, s'établit un cancroïde qui va s'étendre, comme une tache d'huile, en ronger la surface, l'angle des paupières elles-mêmes et, de là, gagner la conjonctive bulbaire jusqu'à la cornée. Dès ce jour, l'affection marche plus vite : le professeur Hardy ne s'y trompe pas : « Le scalpel du chirurgien seul vous guérira, lui dit-il, si la chose est encore faisable. »

Et c'est à ce moment que je vois et que j'opère le malade.

Est-il possible d'avance, ou mieux, en présence d'un semblable cas, serait-il possible de déterminer d'avance le carac-

tère de l'affection? La question n'est pas sans importance, il s'agit du traitement à lui appliquer. Le microscope est excellent; mais il ne nous dit guère qu'après coup ce que nous aurions cependant un grand intérêt à savoir d'abord, et voilà pourquoi les caractères cliniques primeront presque toujours les caractères microscopiques.

Dans ce cas, que nous disaient les caractères cliniques? Le début, les phases qu'avaient traversées l'affection, la lenteur de la marche, les guérisons relatives par les caustiques, le grattage.... tout dans les premières années annonçait un lupus, et il est supposable que les médecins appelés à le traiter l'ont ainsi jugé. Le malade n'avait du reste jamais eu de syphilis : il s'agissait donc d'un lupus vulgaire. Nous avons déjà dit qu'il avait un fils qui, à dix ans, avait eu une suppuration des cellules mastoïdiennes, suppuration qui a duré plusieurs années. Il y a une singulière relation d'origine entre ces deux maladies.

Mais, nous n'oublierons pas davantage que notre opéré avait une sœur qui a succombé à un cancer. Peut-on en induire que cette parenté suspecte ait agi sur la transformation du lupus? La chose est possible, mais elle est douteuse. J'ignore du reste entièrement la nature de la tumeur à laquelle avait succombé cette dame : était-ce un épithélioma? il faudrait le savoir.

Ou bien ce qu'ont prétendu certains dermatologistes, spécialement M. Bazin, le cancer serait-il la dernière période de l'arthritisme, de la scrofule? Autant de questions encore obscures que la doctrine seule discute et résout aujourd'hui, en attendant que la certitude scientifique permette de l'affirmer. Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'à un moment donné l'épithélioma s'est développé. Je serais disposé à croire, sans pouvoir l'assurer, que c'est quand l'affection lupeuse a envahi la muqueuse palpébrale. Elle a trouvé là des éléments propices : c'était de la graine qui a fructifié. En tout cas, les observations sur les maladies de peau invétérées, eczémas, psoriasis, se transformant ou succédant héréditairement au cancer, ne sont pas très rares : Bazin, Besnier en citent des exemples.

Quant à dire le moment où cette transformation s'effectue, je crois la chose impossible. Peut-être la rapidité de l'évolution jusqu'alors lente, la résistance plus grande aux traitements irritant au lieu de guérir, les caractères particuliers de l'ulcération du cancroïde, moins serpigineuse, plus calleuse, à bords plus

à pic, pourront-ils faire croire à ce nouvel envahissement. Dans le cas précédent, avant l'examen histologique, je soupçonnais la présence des deux maladies.

En tous cas, le chirurgien devra être prévenu de la possibilité de l'accident et je crois qu'un bon conseil à suivre sera, en toute circonstance, *de ne pas attendre que l'ulcère ait atteint les muqueuses, pour y porter l'instrument tranchant.*

Attaquer de bonne heure le mal, surtout s'il est à marche lente et s'il n'est point, par ailleurs, de contre-indications : l'enlever bien complètement en taillant dans les parties saines; faire de l'autoplastie plutôt par substitution que par glissement ou peut-être des greffes épidermiques, quand la chose est possible, en apportant ainsi des tissus nouveaux absolument sains, pour combler les brèches : tel est, en fin de compte, notre sentiment à cet égard, et telles sont aussi les conclusions de ce Mémoire.

(Extrait des *Archives de médecine navale,* t. XLIX. — Janvier 1888, éditées par Octave Doin.)

5296. — PARIS, IMPRIMERIE A. LAHURE
9, rue de Fleurus, 9

A LA MÊME LIBRAIRIE

BIBLIOTHÈQUE DE L'ÉLÈVE & DU PRATICIEN

Collection publiée dans le format in-18 jésus. Cartonnage diamant, tranches rouges.

OUVRAGES PARUS DANS CETTE COLLECTION

Histoire de la médecine d'Hippocrate à Broussais et ses successeurs, par le Dr J.-M. Guardia. 1 vol. de 600 pages. 7 fr.

Manuel pratique de médecine mentale, par le Dr E. Régis, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris à Sainte-Anne, précédé d'une préface de M. B. Ball, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. de 600 pages avec pl. 7 fr. 50

De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique, par le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. de 600 pages, avec figures dans le texte. 2e édition. 7 fr.

Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie, par le Dr G. Poyet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. de 400 pages, avec figures dans le texte et 24 dessins chromolithographiques hors texte. 7 fr. 50

Manuel pratique des maladies de l'oreille, par le Dr P. Guerder. 1 vol. de 320 pages. 5 fr.

Manuel pratique des maladies des fosses nasales, par le Dr Moure. 1 vol. de 300 pages, avec 60 figures et 6 planches hors texte. 5 fr.

Manuel d'ophtalmoscopie, par le Dr A. Landolt, directeur du laboratoire d'ophtalmologie à la Sorbonne. 1 vol. avec figures dans le texte. 3 fr. 50

Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale, par A. Corre, professeur agrégé d'accouchement à l'école de médecine de Brest. 1 vol. de 650 pages, avec 80 figures et 4 planches chromolithographiques hors texte. 6 fr.

Traité pratique des maladies des organes sexuels, par le Dr Langlebert. 1 vol. de 550 pages, avec figures. 7 fr.

Manuel clinique de l'analyse des urines, par P. Yvon, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux de Paris, 3e édition, revue et très augmentée. 1 vol. de 420 pages, avec 50 figures dans le texte et 8 planches hors texte. 7 fr.

Manuel pratique des maladies de la peau, par le Dr F. Berlioz, professeur à l'École de médecine de Grenoble. 1 vol. de 500 pages. 6 fr.

Traité pratique de massage et de gymnastique médicale, par le Dr Schreiber, ancien professeur libre à l'Université de Vienne, membre des Sociétés d'hygiène et d'hydrologie de Paris. 1 vol. de 350 pages avec 117 figures. 7 fr.

Manuel d'hydrothérapie, par le Dr Paul Delmas, inspecteur du service hydrothérapique de l'hôpital Sainte-Anne de Bordeaux. 1 vol. de 600 pages, avec 39 fig., 9 tableaux graphiques et 60 tracés. 6 fr.

Manuel pratique de médecine thermale, par le Dr H. Candelle, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société d'hydrologie médicale. 1 vol. de 450 pages. 6 fr.

Guide thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer, par le Dr Campardon, avec une préface de M. Dujardin-Beaumetz. 1 vol. de 300 pages. 5 fr.

Des vers chez les enfants et des maladies vermineuses, par le Dr Elie Goubert, ouvrage couronné (médaille d'or) par la Société protectrice de l'enfance. 1 vol. de 180 pages, avec 60 figures dans le texte. 4 fr.

Manuel de dissection des régions et des nerfs, par le Dr Charles Auffret, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine navale de Brest. 1 vol. de 47? pages, avec 60 figures originales dans le texte, exécutées pour la plupart d'après les préparations de l'auteur. 7 fr.

Nouveaux éléments d'histologie, par le Dr R. Klein, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'Ecole médicale de Saint-Bartholomew's hospital de Londres, traduit de l'anglais et augmenté de nombreuses notes, par le Dr G. Variot, chef de clinique des Enfants assistés et préparateur des travaux d'histologie de la Faculté de médecine de Paris, et précédé d'une préface du professeur Ch. Robin. 1 vol. de 540 pages, avec 183 figures. 8 fr.

Nouveaux éléments de chirurgie opératoire, par le Dr Chalot, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol de 750 pages, avec 498 figures. 8 fr.

Manuel d'embryologie humaine et comparée, par le Dr Ch. Debierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, chef des travaux anatomiques. 1 vol. de 794 pages avec 321 figures dans le texte et 8 planches en couleur hors texte. 8 fr.

Nouveaux éléments de petite chirurgie, par le Dr Chavasse, professeur agrégé au Val-de-Grâce. 1 vol. in-18 cartonné diamant de 900 pages, avec 525 figures. 9 fr.

Manuel de microbiologie, comprenant l'étude des fermentations, l'étude microscopique et les procédés de culture des bactéries, l'étude des principales maladies d'origine bactérienne, par le Dr Dubief, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. de 600 pages avec 160 fig. et 8 planches en couleur hors texte. 8 fr.

Manuel pratique de médecine militaire, par le Dr Audet, médecin-major à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr. 1 vol. de 300 pages, avec planches hors texte. 5 fr.

Hygiène de la vue, par le Dr G. Sous (de Bordeaux). 1 vol. de 350 pages avec 67 fig. 6 fr.

Paris. — Imprimerie G. Rougier et Cie, rue Cassette, 1.